Reconstruction

Comment gérer la reconstruction du sein après l'échec d'un lambeau libre de DIEP ?

RÉSUMÉ : Le lambeau libre de DIEP constitue une technique de choix en reconstruction du sein. Dans la littérature, le taux d'échec est compris entre 0 et 2,5 %. Malgré une information délivrée sur le risque de cet échec et les procédures alternatives, les patientes qui ont subi un échec de reconstruction du sein par DIEP, hésitent parfois à recourir à une procédure de rattrapage et n'ont, finalement, jamais de reconstruction du sein. Nous avons étudié les dossiers d'une série de 15 patientes ayant eu un échec de DIEP et qui ont bénéficié ou non d'une reconstruction de rattrapage par lambeau pédiculé de *Latissimus dorsi*, par prothèse ou par un nouveau lambeau libre. Parmi les patientes qui n'ont pas bénéficié de cette procédure pendant leur première hospitalisation, il y en avait moins qui ont pu bénéficier d'une reconstruction du sein menée à terme.

Nous pensons que les patientes qui ne bénéficient pas d'une solution de rattrapage, lors de leur hospitalisation, voire immédiatement, en cas d'échec, risquent plus souvent de ne jamais se faire reconstruire le sein.

R. BOSC
Service de Chirurgie Plastique
Reconstructrice Esthétique et Maxillofaciale,
Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL.

La reconstruction du sein par le lambeau libre abdominal est reconnue comme une technique de choix chez les patientes présentant un abdomen *pendulum* [1]. La plupart des centres de chirurgie du sein qui réalisent des reconstructions du sein par lambeau libre régulièrement ont un taux d'échec complet en dessous de 2 % [2,3]. Ce taux varie en fonction des publications et des populations concernées. Mais lorsque l'échec survient, il est nécessaire de proposer une technique de reconstruction de rattrapage. En effet, l'échec d'une chirurgie de reconstruction peut être très mal vécu par la patiente et peut aboutir au renoncement définitif d'une réhabilitation de la poitrine [4]. Ce phénomène se présente parfois après un échec de DIEP en raison de trois paramètres : premièrement, cette chirurgie est considérée comme plus lourde [5] que les autres procédures et les patientes (comme leur entourage) hésitent à envisager une nouvelle intervention chirurgicale considérée comme non "vitale" [4].

Deuxièmement, si un complément d'exérèse de la zone de mastectomie dans le segment inférieur a été réalisé pour positionner au mieux le DIEP dans le sillon sous mammaire, et que la reconstruction n'a pu être menée à bien, il peut en résulter une perte de substance cutanée thoracique dont la cicatrisation est longue et peut gêner une seconde procédure de reconstruction. Enfin, en cas de reconstruction mammaire immédiate, l'échec de la reconstruction et les défauts de cicatrisation qui en résultent ne doivent pas retarder la mise en œuvre éventuelle de traitements adjuvants : radiothérapie et chimiothérapie. Par ailleurs, si cet événement survient lors

Reconstruction

d'une reconstruction bilatérale ou pour chirurgie prophylactique, le sentiment d'échec peut être encore plus important.

Plusieurs auteurs ont déjà publié qu'il était possible de réaliser un lambeau libre de DIEP ou un lambeau pédiculé de *Latissimus dorsi* après l'échec d'une reconstruction du sein par prothèse ou expandeur [6]. Mais peu d'études se sont intéressées aux techniques de rattrapage spécifiquement après un échec de DIEP [7], ni au timing idéal pour réaliser ces temps chirurgicaux additionnels.

Le but de cet article est de présenter les procédures chirurgicales que nous avons réalisées pour des reconstructions du sein de rattrapage après un échec de reconstruction du sein par DIEP et de proposer une conduite à tenir pour l'information des patientes. Nous nous sommes intéressés, en particulier, au moment idéal pour réaliser ce nouveau temps chirurgical et à la satisfaction des patientes au terme de la reconstruction [8].

Méthode

Cette étude rétrospective a porté sur l'analyse du suivi de 15 patientes ayant nécessité une consultation ou une intervention chirurgicale après l'échec d'une reconstruction uni ou bilatérale par lambeau libre de DIEP entre janvier 2012 et novembre 2016.

Le paramètre principal étudié était l'existence d'une reconstruction aboutie au terme du suivi.

Les paramètres secondaires étudiés portaient sur le délai de réalisation de la reconstruction, les techniques employées pour la reconstruction et l'opinion des patientes au terme du processus de reconstruction du sein basée sur une enquête réalisée à partir d'un questionnaire standardisé et d'une échelle de Lickert reportant la satisfaction des patientes en fonction de critères définis par les investigateurs [8].

Chaque patiente était contactée par téléphone et vue en consultation par un chirurgien senior pour réaliser un examen morphologique, des photos standardisées et pour remplir le questionnaire. Celui-ci portait sur différents aspects de la reconstruction dont une échelle de satisfaction en 4 points (insatisfaite, peu satisfaite, satisfaite et très satisfaite) avec la possibilité d'effectuer une remarque.

Puis, les patientes répondaient à une série de questions à réponses fermées.

Toutes les interventions correctives ultérieures à la chirurgie initiale ont été enregistrées de même que le désir des patientes d'envisager une chirurgie corrective ou non.

Toutes les informations et données concernant les patientes ont été collectées, recueillies et informatisées en suivant les recommandations éthiques de notre unité de recherche clinique.

Résultats

Parmi les 15 dossiers étudiés, 12 patientes (80 %) ont bénéficié d'une intervention de rattrapage (***tableau I***). La moitié des patientes (n = 6) ont bénéficié d'une reconstruction pendant le même séjour hospitalier. L'autre moitié des patientes a bénéficié d'une reconstruction de rattrapage différée, 181 jours en moyenne après la première intervention. Les interventions de rattrapage étaient des lambeaux de *Latissimus dorsi* pédiculés autologues pour sept patientes, de *Latissimus dorsi* + prothèse pour deux patientes, de mise en place d'un expandeur prothétique pour deux patientes, de réalisation d'un SGAP pour une patiente.

Aucune patiente n'a été perdue de vue. Aucune patiente n'a présenté d'échec sur la procédure de rattrapage. 12 patientes ont été évaluées pour 12 reconstructions de rattrapage menées avec succès (***fig. 1***).

Variables	Nombre	Pourcentage
Âges		
< 50	7	45 %
> 50	8	55 %
Mode de reconstruction		
Immédiate	3	20 %
Différée	12	80 %
Reconstruction menée à terme	**12**	**80 %**
Immédiatement*	6	50 %
Différée	6	50 %
Radiothérapie		
Postopératoire	1	6,5 %
Préopératoire	10	67 %
Aucune	4	26,5 %
Reconstruction de rattrapage	**12**	**80 %**
Aucune	3	6,5 %
Grand dorsal autologue	7	46,5 %
Grand dorsal + prothèse	2	13 %
Expandeur + prothèse	2	13 %
SGAP	1	6,5 %
Lipofiling	0	-
* Lors du même séjour.		

Tableau I : Détail des patients.

L'âge moyen des patientes était 59,3 ans. L'index de masse corporelle moyen était 28,2. Le recul moyen par rapport à la date de la première intervention était de 515 jours avec un minimum d'un an.

Aucune patiente reconstruite avec succès (n = 12) ne s'est déclarée insatisfaite de l'aspect esthétique global de leur sein reconstruit quelque soit le mode de reconstruction employé et quelque soit les raisons identifiées de l'échec initial.

La majorité des patientes (n = 10) étaient satisfaites ou très satisfaites de la souplesse et de la symétrie du sein reconstruit par rapport au côté controlatéral (***fig. 2 et 3***).

Aucune patiente n'a déclaré être insatisfaite quel que soit le critère évalué.

Discussion

Cette étude rétrospective sur un petit nombre de patientes montre que la majorité des patientes qui n'ont pas été reconstruites au terme du suivi étaient dans le groupe des patientes qui n'ont pas bénéficié d'une chirurgie de rattrapage lors de leur premier séjour d'hospitalisation. Par ailleurs, dans cette série de patientes, nous n'avons pas observé de déclaration d'insatisfaction [9] sur la reconstruction finale malgré l'échec subi initialement [7].

La nature rétrospective du recueil, de même que l'absence d'insu, constituent les biais principaux de cette étude mais ces données confirment le sentiment des auteurs qu'il existe une période idéale pour proposer un geste de rattrapage. En effet, il semble que lorsque les patientes sortent d'hospitalisation après un échec de reconstruction du sein, elles envisagent plus difficilement un retour au bloc opératoire pour une nouvelle procédure de reconstruction, quelle que soit la technique proposée.

Dans notre expérience, il est même préférable d'envisager une technique de rattrapage lors de la première intervention chirurgicale si l'échec est évident : absence de revascularisation possible, absence de perforantes de calibre suffisant, erreur technique.

Cela implique trois éléments à prendre en compte : premièrement, il est indispensable de prévenir la patiente de la possibilité de reconstruire le sein immédiatement par une autre technique si le DIEP échoue : lambeau de grand dorsal, prothèse, autre lambeau libre [10]. Deuxièmement, il est indispensable

Fig. 1 : Échec unilatéral gauche de reconstruction immédiate des deux seins par double DIEP. Chirurgie de rattrapage par lambeau autologue de grand dorsal gauche + une séance de lipofilling du sein gauche associée à la double reconstruction des plaques aréolaires et du mamelon.

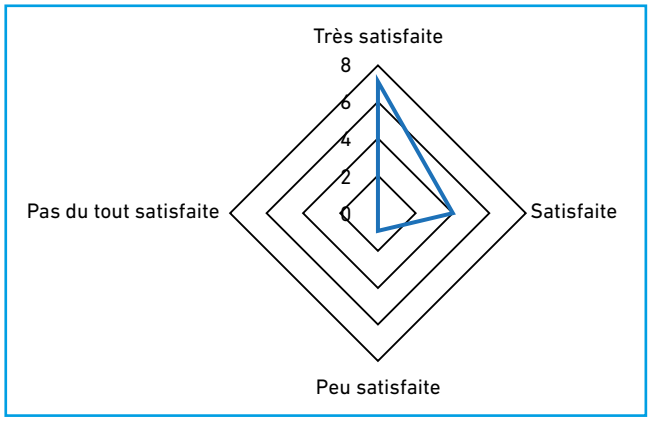

Fig. 2 : Satisfacton des patientes sur le résultat final (n = 12).

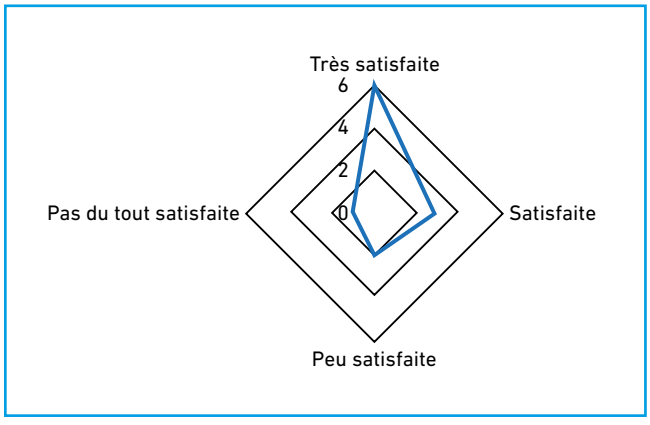

Fig. 3 : Satisfaction des patientes par rapport au sein controlatéral (n = 12).

Reconstruction

POINTS **FORTS**

- La proposition d'une reconstruction du sein par DIEP doit comprendre une information sur le risque d'échec et sur les possibilité d'une intervention de rattrapage.
- En cas d'échec, la lourdeur de l'intervention, les difficultés de cicatrisation et le retard à la mise en œuvre d'un traitement adjuvant sont des facteurs qui influencent négativement l'opinion des patientes sur l'opportunité d'un recours à une deuxième procédure de reconstruction.
- Si l'échec de la reconstruction par DIEP est constaté en peropératoire, il est possible de mettre en œuvre une solution de rattrapage immédiatement.
- En cas d'échec constaté en postopératoire, il est préférable de mettre en œuvre une reconstruction de rattrapage en même temps que la dépose du lambeau pour éviter de recourir à un temps chirurgical supplémentaire ultérieur.

d'optimiser les temps opératoires de telle manière à ce que la réalisation d'une technique de rattrapage ne constitue pas une prise de risque anesthésique ou infectieuse supplémentaire. Enfin, il est indispensable de prévenir la patiente des inconvénients (cicatrices, corps étranger, etc) liés à la réalisation de la technique de rattrapage choisie [10]. Ces informations doivent être délivrées lors de la consultation préopératoire et elles permettent au chirurgien d'envisager une chirurgie séquentielle en cas d'échec [4].

Dans notre série, les interventions de rattrapage, qui ont été réalisées à distance (en dehors de la première hospitalisation) de la première phase de reconstruction n'ont pas présenté plus de difficultés que les interventions réalisées immédiatement en cas d'échec. Ces données sont similaires à celles observées dans la littérature pour la reconstruction du sein [11]. Nous n'avons pas observé plus de difficultés de cicatrisation ni d'échec lorsque les interventions chirurgicales de rattrapage étaient réalisées à distance de la première intervention.

Conclusion

Dans cette série de patientes que nous avons suivies pendant 18 mois en moyenne, nous avons constaté que l'absence de procédure de rattrapage réalisée juste après un échec de DIEP aboutissait plus souvent à l'absence de volonté de reconstruction du sein. Nous ne pouvons pas conclure définitivement que ces patientes n'auront jamais de reconstruction du sein mais nous pouvons conclure que l'évènement "premier échec" avait conduit à renoncer plus souvent à se lancer dans un nouveau processus de reconstruction. En revanche, dans cette même série de patientes, nous constatons que les résultats des reconstructions de rattrapages en termes de satisfaction semblent similaires aux reconstructions primaires.

Bien que l'objectif de l'équipe chirurgicale soit de réduire au maximum le risque d'échec, nous pensons qu'il est important de pouvoir proposer aux patientes, lors de la consultation préopératoire d'un DIEP, une chirurgie de rattrapage immédiate en cas d'échec.

BIBLIOGRAPHIE

1. Damen THC, Timman R, Kunst EH *et al.* High satisfaction rates in women after DIEP flap breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2010;63:93-100.
2. Chen CM, Halvorson EG, Disa JJ *et al.* Immediate postoperative complications in DIEP versus free/muscle-sparing TRAM flaps. *Plast Reconstr Surg*, 2007;120:1477-1482.
3. Blondeel PN. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience. *Br J Plast Surg*, 1999;52:104-111.
4. Timman R, Gopie JP, Brinkman JN *et al.* Most women recover from psychological distress after postoperative complications following implant or DIEP flap breast reconstruction: A prospective long-term follow-up study. *PloS One*, 2017;12:0174455.
5. Thorarinsson A, Frojd V, Kolby L *et al.* Blood loss and duration of surgery are independent risk factors for complications after breast reconstruction. *J Plast Surg Hand Surg*, 2017;51:352-357.
6. Mohan AT, Al-Ajam Y, Mosahebi A. Trends in tertiary breast reconstruction: literature review and single centre experience. *Breast Edinb Scotl*, 2013;22:173-178.
7. Alderman AK, Wilkins EG, Kim HM *et al.* Complications in postmastectomy breast reconstruction: two-year results of the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg*, 2002;109:2265-2274.
8. Niddam J, Bosc R, Lange F *et al.* DIEP flap for breast reconstruction: retrospective evaluation of patient satisfaction on abdominal results. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*, 2014;67:789-796.
9. Yang B, Li L, Yan W *et al.* The Type of Breast Reconstruction May Not Influence Patient Satisfaction in the Chinese Population: A Single Institutional Experience. *PloS One*, 2015;10:e0142900.
10. Abu-Nab Z, Grunfeld EA. Satisfaction with outcome and attitudes towards scarring among women undergoing breast reconstructive surgery. *Patient Educ Couns*, 2007;66:243-249.
11. Sullivan SR, Fletcher DRD, Isom CD *et al.* True incidence of all complications following immediate and delayed breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2008;122:19-28.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.